# Vereinbarung Nachteilsausgleich

|  |  |
| --- | --- |
| Familienname / Vorname  der Schülerin / des Schülers: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Aktuelle Schulsituation: | |  | | --- | | Kindergarten  Primarschule  Sekundarstufe | | Klasse:       Niveau: | |
| Klassenlehrperson: |  |
| Fachperson  (SHP, SozPäd, Assistenz, Logopädie etc.): |  |
| Abklärungsstelle: | Schulpsychologischer Dienst BL (SPD)  Kinder- und Jugendpsychiatrie BL (KJP)  Vor- und Nachname: |
| Diagnose: | |
| Geltungsbereich: | |
| Spezifische Massnahmen (gemäss Konzept Nachteilsausgleich): | |
| Gilt für Schuljahr: |  |
| Unterschriften aller Beteiligten: |  |
| Schulleitung | Schülerin / Schüler |
|  |  |
| Klassenlehrperson | Eltern / Erziehungsberechtigte |
|  |  |
| Fachperson |  |
|  |  |